BOLETIN MENSUAL

SIDA

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

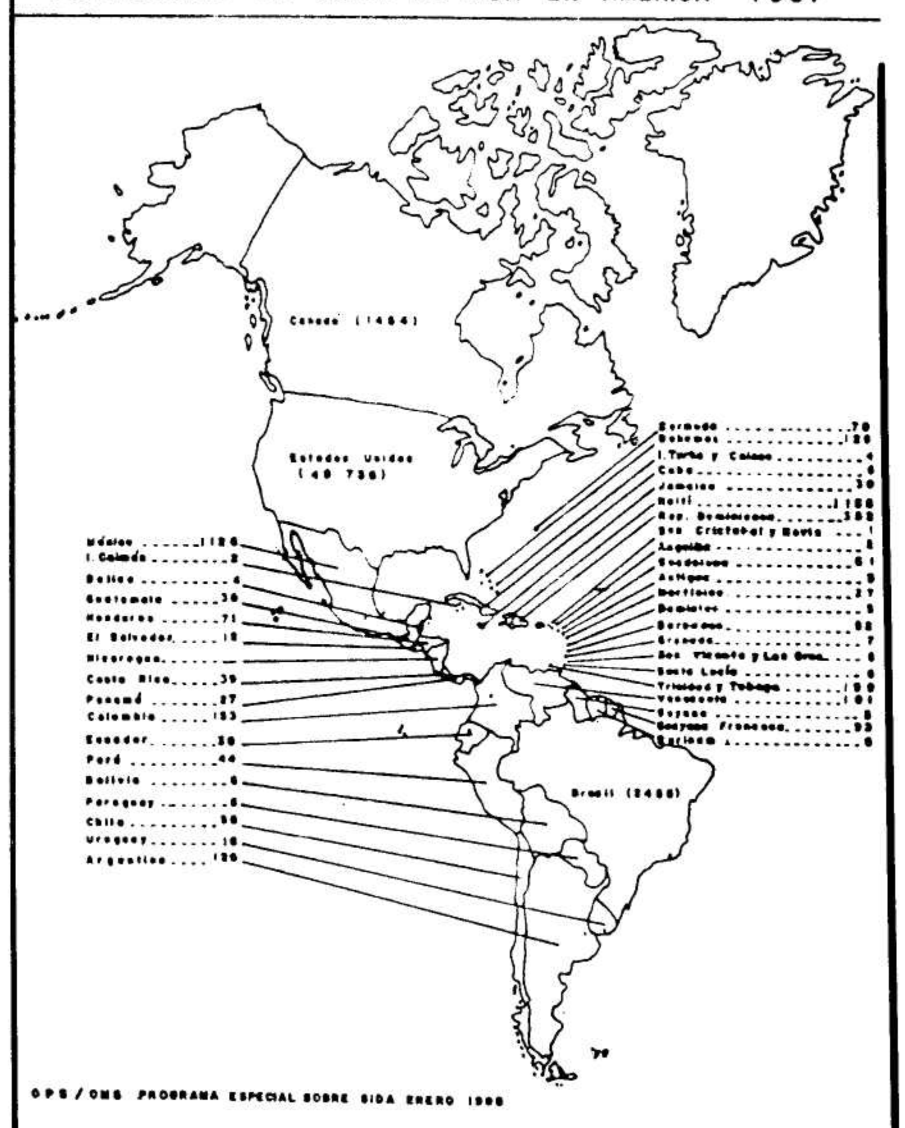
M E X I C O



SECTOR SALUD

año 2 número 1 - 2 ene -feb 1988

DISTRIBUCION DE CASOS DE SIDA EN AMERICA 1987

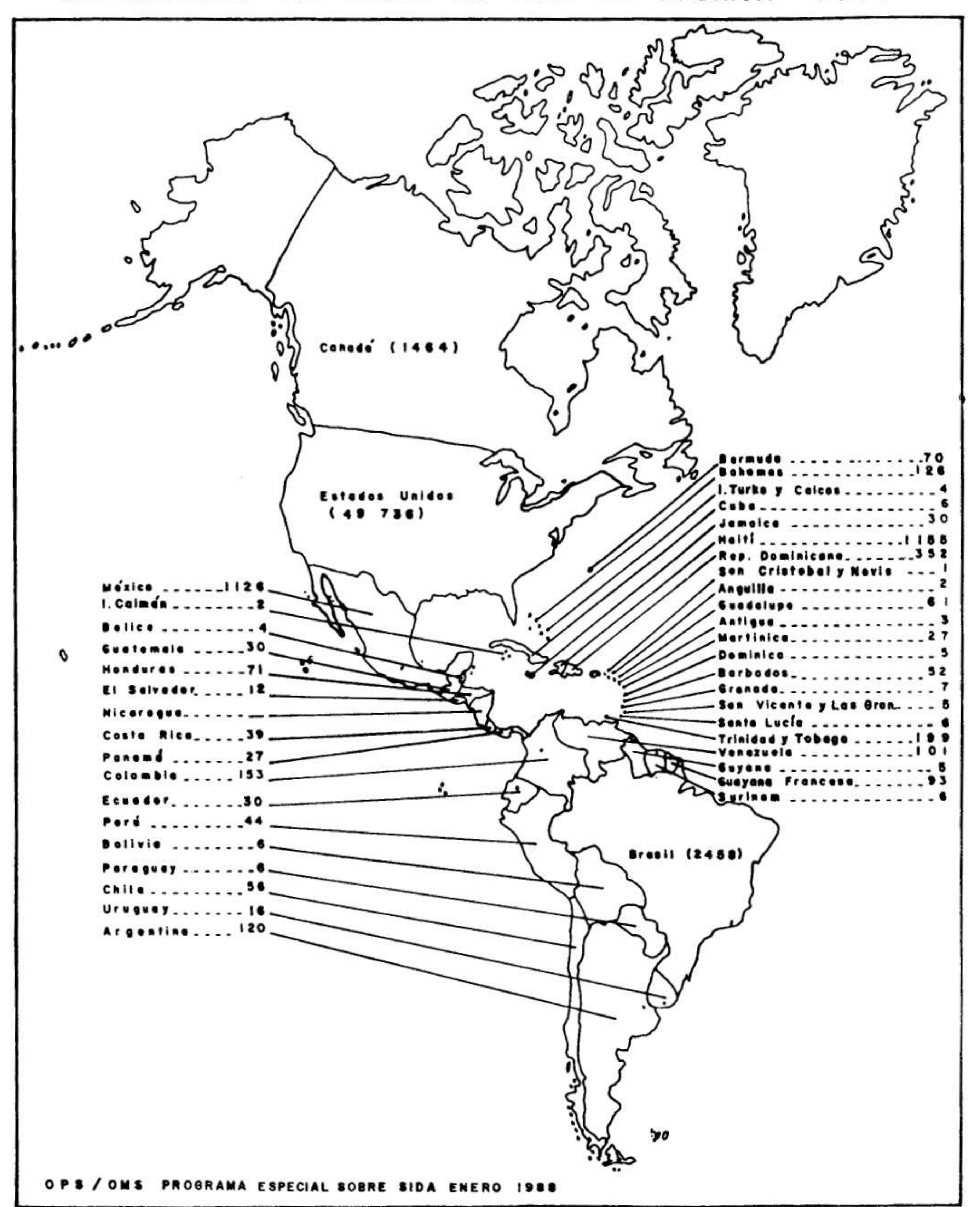


OPS / OMS PROGRAMA ESPECIAL SOBRE SIDA ENERO 1988

CONTENIDO

EDITADO POR LA DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA. SSA

DISTRIBUCION DE CASOS DE SIDA EN AMERICA 1987



1. SITUACION DEL SIDA EN MEXICO.

DATOS ACTUALIZADOS HASTA EL 1º DE FEBRERO DE 1988.

El número total de casos de SIDA notificados en el Continente Americano a la OPS asciende a 57,741 casos (22 de enero de 1988), lo cual representa el 76% de los 76,175 casos notificados mundialmente hasta el 15 de enero de 1988. México continúa ocupando el quinto lugar después de EUA (49,736 casos), Brasil (2,458 casos), Canadá (1,464 casos) y Haití (1,155 casos). En este número se incluye la información sobre la distribución de casos en América.

El número de casos notificados hasta el 1º de febrero de 1988 es de 1,126, durante los dos últimos meses se notificaron 77 casos. La mayoría de los casos inició su padecimiento en el segundo semestre de 1987. En cuanto a la distribución por entidad federativa, siguen ocupando los primeros lugares el D.F., Jalisco, Coahuila, Nuevo León, Estado de México (que ha pasado del sexto al quinto lugar), y Baja California.

Se han notificado 1,054 casos en hombres y 72 en mujeres. Se continúa observando una tendencia a la disminución en la relación global hombre:mujer que de 16 a 1 pasó a ser de 15 a 1. Este mes se notificaron 10 casos nuevos en mujeres, 4 en el grupo de edad entre los 15 y 24 años y 5 entre los 25 y 44 años, (se desconoce la edad en un caso). La disminución en la relación global está dada por una proporción mayor de mujeres que de varones notificada en estos grupos de edad. Casi el 70% de los casos se ha presentado en sujetos de 25 a 44 años, le siguen en orden de frecuencia los de 45 a 64 años (12.6%) y los de 15 a 24 años (11.9%). El 3.8% de los casos corresponde a menores de 15 años.

En cuanto a los factores de riesgo, continúa observándose una tendencia a la disminución de la proporción de casos asociada a transmisión en varones homosexuales o

bisexuales (82.6% a 81.3%) a expensas de un aumento en la proporción de casos asociado a transmisión sanguínea (10.0% a 10.5%), a transmisión heterosexual (4.8% a 5.6%) y perinatal (0.7% a 0.8%). Al analizar los factores de riesgo en adultos y niños, esta diferencia persiste. En los adultos, si bien la proporción total de casos asociado a transmisión sexual disminuyó (90.9% a 90.3%), la asociada a contacto heterosexual mostró un incremento (4.9% a 5.7%). Asimismo la proporción de casos asociada a transmisión sanguínea aumentó (7.6% a 8.2%).

La distribución de los factores de riesgo en adultos es la siguiente: 60.1% de los casos se han presentado en varones homosexuales, 24.5% en varones bisexuales, 5.7% en sujetos cuyo riesgo constituye contacto heterosexual, 6.3% de los casos asociados a transfusión, 1.4% de los casos en pacientes hemofílicos, 0.5% en drogadictos por vía intravenosa, 1.5% con factores de riesgo combinados (homosexual/drogadicto por vía intravenosa). No se ha documentado el factor de riesgo en 210 sujetos. En el caso de los niños, en este período se notificaron dos casos, uno asociado a transfusión y un caso a transmisión perinatal. El 65.1% de los casos pediátricos está asociado a transmisión sanguínea, 37.2% a hemofilia y 27.9 a transfusión; el 7.0% a transmisión sexual. El 16.3% corresponde a transmisión perinatal. En 5 casos (11.6%) no se ha documentado el factor de riesgo.

Por institución notificante el 40.7% de los casos corresponde a la SSA, incluyendo a los Institutos Nacionales de Salud; el 39.3% al IMSS, el 10.1% al ISSSTE y el 9.9% a otras instituciones.

Se tiene información sobre el estado actual de 914 pacientes, de los cuales ha fallecido el 34.9% y el resto continúa vivo.

NUMERO DE CASOS CONFIRMADOS POR FECHA DE INICIO
DE SINDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
1980-1988

AÑO/SEMESTRE	Nº DE CASOS POR FECHA DE INICIO	Nº DE CASOS ACUMULADOS
1981		
1er. semestre	1	1
2do. semestre	1	2
1982		
1er. semestre	3	5
2do. semestre	8	13
1983		
1er. semestre	18	31
2do. semestre	18	49
1984		
1er. semestre	18	67
2do. semestre	51	118
1985		
1er. semestre	73	191
2do. semestre	134	325
1986		
1er. semestre	143	468
2do. semestre	280	748
1987		
1er. semestre	256	1 004
2do. semestre	117	1 121
1988		
1er. semestre	5	1 126
TOTAL:	1 126	

FUENTE: INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD
HASTA EL 1º DE FEBRERO DE 1988.

CASOS DE SIDA POR LUGAR DE RESIDENCIA EN ORDEN
DESCENDENTE. ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

Lugar de residencia	No. de casos notificados (dic.87; ene. 88)	No. de casos Acumulados	Porcentaje
DISTRITO FEDERAL	19	404	37.2
JALISCO	5	154	14.2
COAHUILA	4	60	5.5
NUEVO LEON	6	60	5.5
MEXICO	3	48	4.4
BAJA CALIFORNIA	1	47	4.3
YUCATAN	0	34	3.1
MORELOS	3	25	2.3
VERACRUZ	9	24	2.2
MICHOACAN	4	23	2.1
CHIHUAHUA	1	21	1.9
TAMAULIPAS	5	20	1.8
GUERRERO	5	18	1.6
SAN LUIS POTOSI	2	14	1.3
OAXACA	1	13	1.2
PUEBLA	2	13	1.2
SINALOA	1	12	1.1
SONORA	1	11	1.0
CHIAPAS	2	7	0.6
AGUASCALIENTES	0	6	0.6
COLIMA	0	6	0.6
CAMPECHE	0	6	0.6
GUANAJUATO	0	6	0.6
TABASCO	0	5	0.5
HIDALGO	0	5	0.5
NAYARIT	0	5	0.5
DURANGO	1	5	0.5
ZACATECAS	1	4	0.4
BAJA CALIFORNIA SUR	0	3	0.3
QUINTANA ROO	0	3	0.3
TLAXCALA	0	2	0.2
QUERETARO	0	2	0.2
EXTRANJERO	1	19	1.7
SUBTOTAL	77	1085	100.0
SE IGNORA	0	41	
TOTAL	77	1126	

FUENTE: INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD.
HASTA EL 1º DE FEBRERO DE 1988

CASOS DE SIDA EN MEXICO HASTA EL 1º DE FEBRERO DE 1988

EDAD Y SEXO

GRUPO DE EDAD	SEXO MASC	SEXO FEM	TOTAL	%	RAZON HOMBRE/MUJER
-15	36	7	43	3.8	5/1
15-24	118	16	134	11.9	7/1
25-44	739	39	778	69.1	19/1
45-64	136	6	142	12.6	23/1
65-más	8	1	9	0.8	8/1
Se ignora	17	3	20	1.8	6/1
TOTAL	1054	72	1126	100.0	15/1

INSTITUCION

INSTITUCION	NUMERO DE CASOS	%
SSA	458	40.7
IMSS	442	39.3
ISSSTE	114	10.1
OTRAS	112	9.9
TOTAL:	1 126	100.0

CASOS DE SIDA EN MEXICO HASTA EL 1º DE FEBRERO DE 1988

FACTOR DE RIESGO EN POBLACION GENERAL

FACTOR DE RIESGO	Nº	%	
HOMOSEXUALES MASC.	527	57.8	
BISEXUALES MASC.	214	23.5	
SUBTOTAL	741	81.3	
TRANSFUSION	67	7.4	
HEMOFILICOS	28	3.1	
SUBTOTAL	95	10.5	
DROGADICTOS (I.V.)	4	0.4	
CONTACTOS HETEROSEXUALES	51	5.6	
PERINATALES	7	0.8	
HOMOSEX/DROGADICTOS (I.V.)	13	1.4	
SUBTOTAL	911	100.0	(80.9)
NO DOCUMENTADO	215		(19.1)
TOTAL:	1 126		(100.0)

FACTOR DE RIESGO EN ADULTOS

FACTOR DE RIESGO	Nº	%	
HOMOSEXUALES MASC.	525	60.1	
BISEXUALES MASC.	214	24.5	
CONTACTOS HETEROSEXUALES	50	5.7	
TRANSMISION SEXUAL	789	90.3	
TRANSFUSION	55	6.3	
HEMOFILICOS	12	1.4	
DROGADICTOS (I.V.)	4	0.5	
TRANSMISION SANGUINEA	71	8.2	
HOMOSEX/DROGADICTOS (I.V.)	13	1.5	
SUBTOTAL	873	100.0	(80.6)
NO DOCUMENTADO	210		(19.4)
TOTAL	1083		(100.0)

CASOS DE SIDA EN MEXICO HASTA EL 1º DE FEBRERO DE 1988

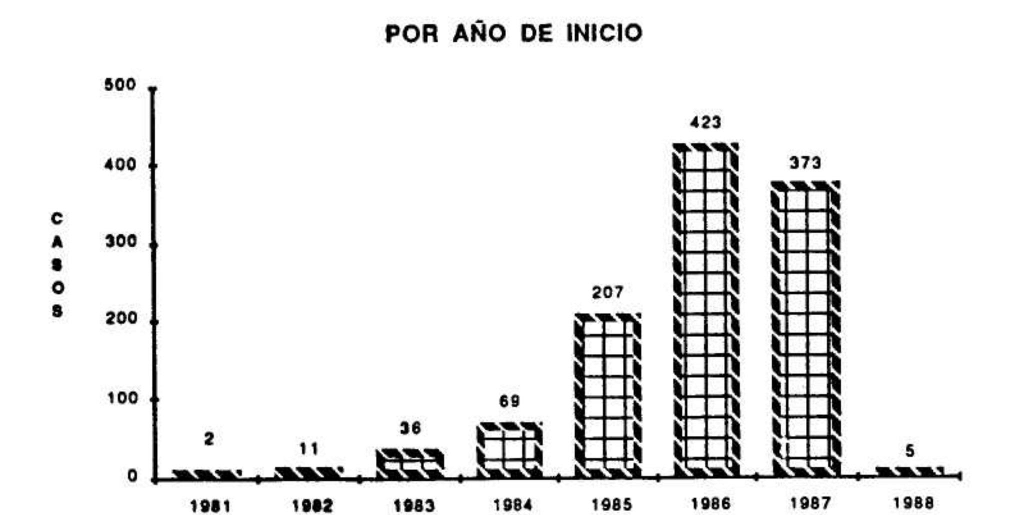
FACTOR DE RIESGO EN CASOS PEDIATRICOS

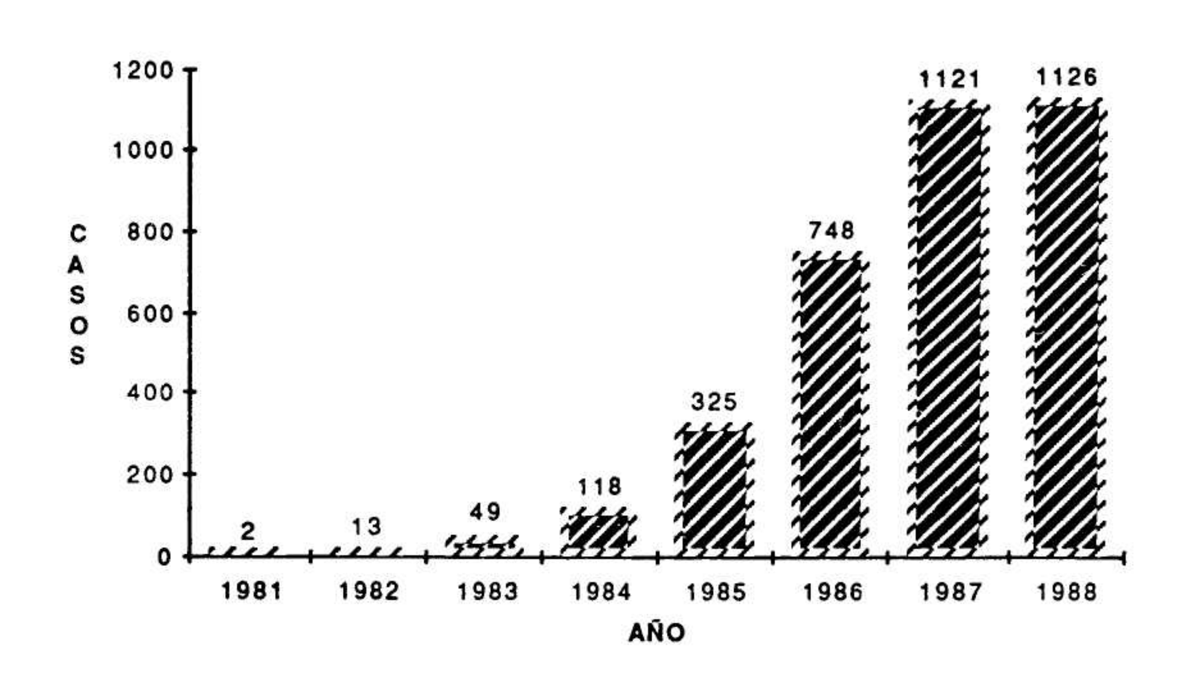
FACTOR DE RIESGO	Nº	%
HEMOFILICOS	16	37.2
TRANSFUSION	12	27.9
TRANSMISION SANGUINEA	28	65.1
HOMOSEXUAL MASC.	2	4.7
HETEROSEXUAL FEM.	1	2.3
TRANSMISION SEXUAL	3	7.0
PERINATAL	7	16.3
NO DOCUMENTADO	5	11.6
TOTAL	43	100.0

ESTADO ACTUAL

EVOLUCION	Nº	%
DEFUNCION	319	34.9
VIVOS (SEGUIMIENTO)	595	65.1
SUBTOTAL	914	100.0
SE IGNORA	212	
TOTAL	1 126	

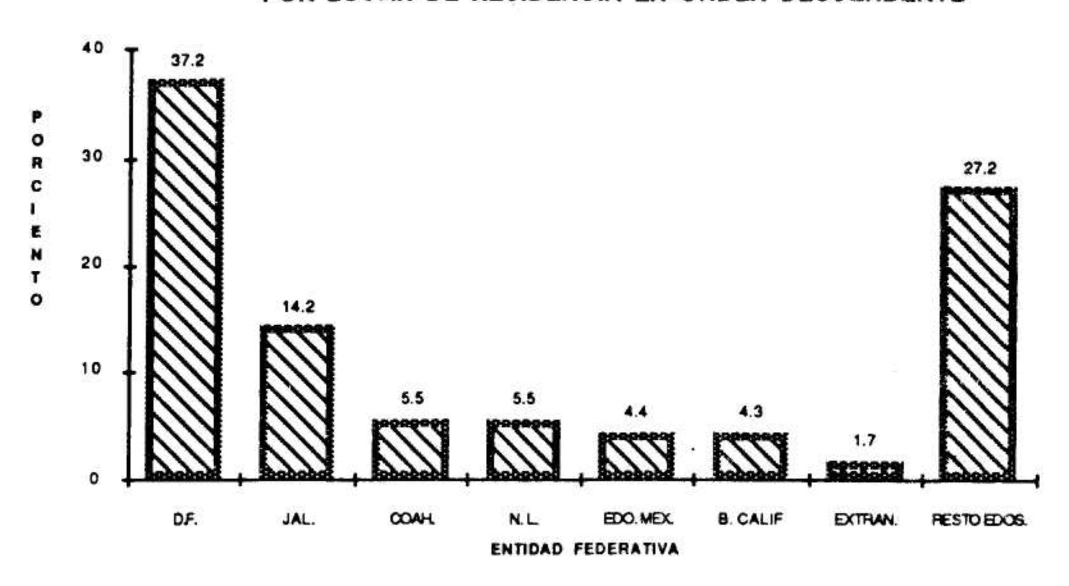
CASOS DE SIDA EN MEXICO HASTA EL 1º DE FEBRERO DE 1988



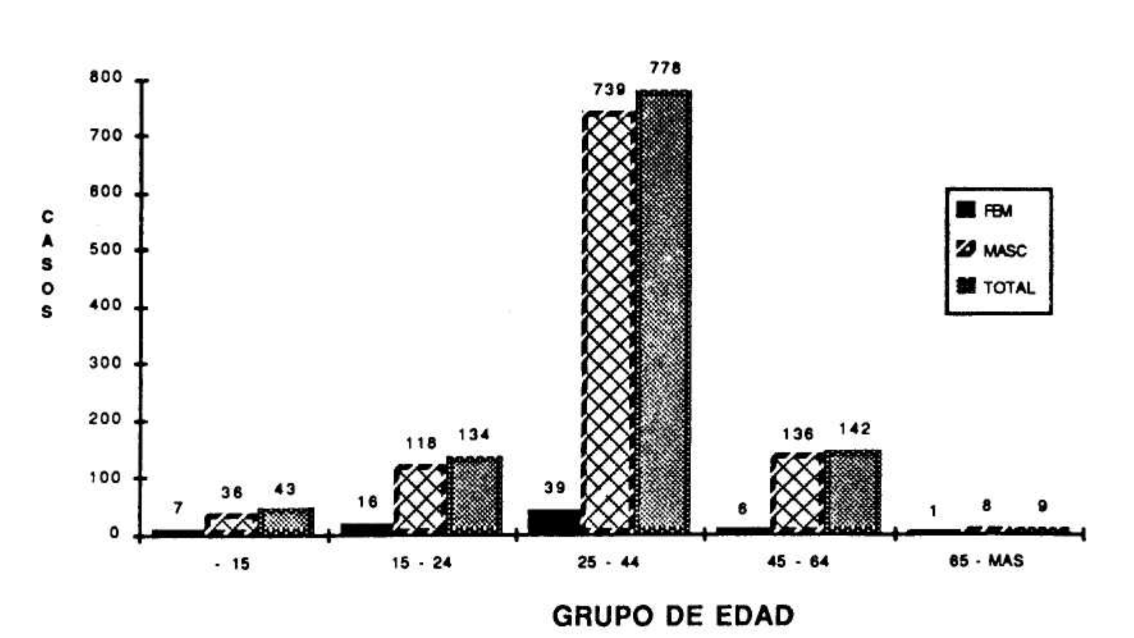


CASOS DE SIDA EN MEXICO HASTA EL 1º DE FEBRERO DE 1988



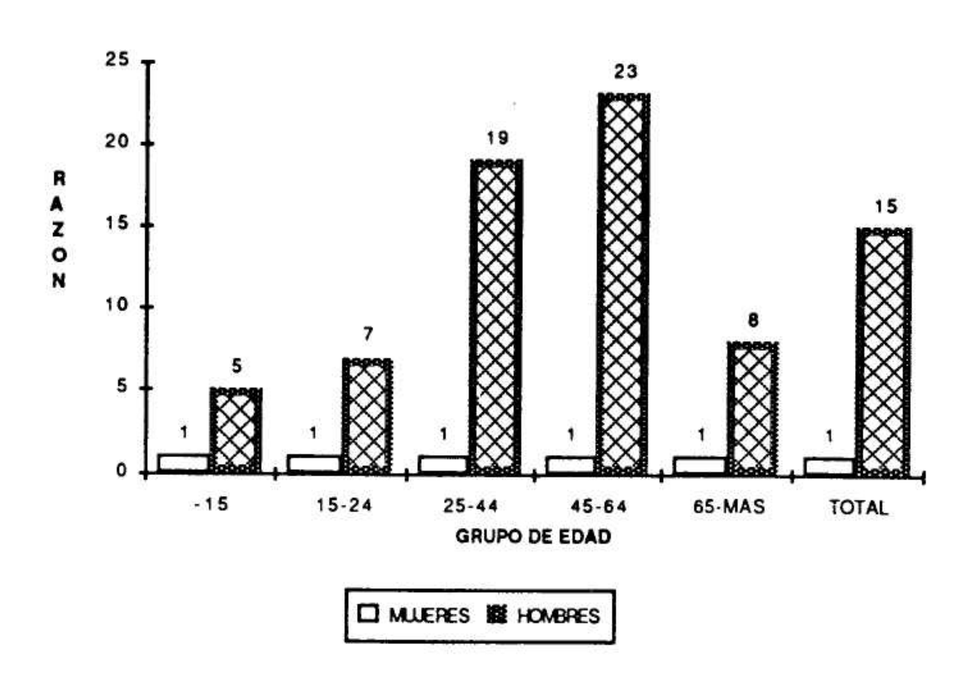


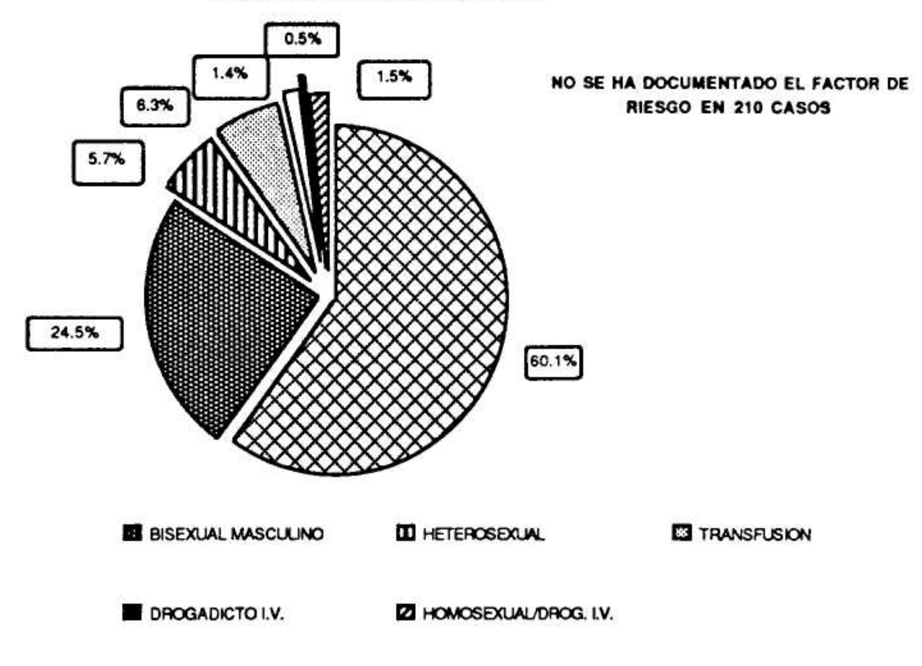
POR EDAD Y SEXO



CASOS DE SIDA EN MEXICO HASTA EL 1º DE FEBRERO DE 1988

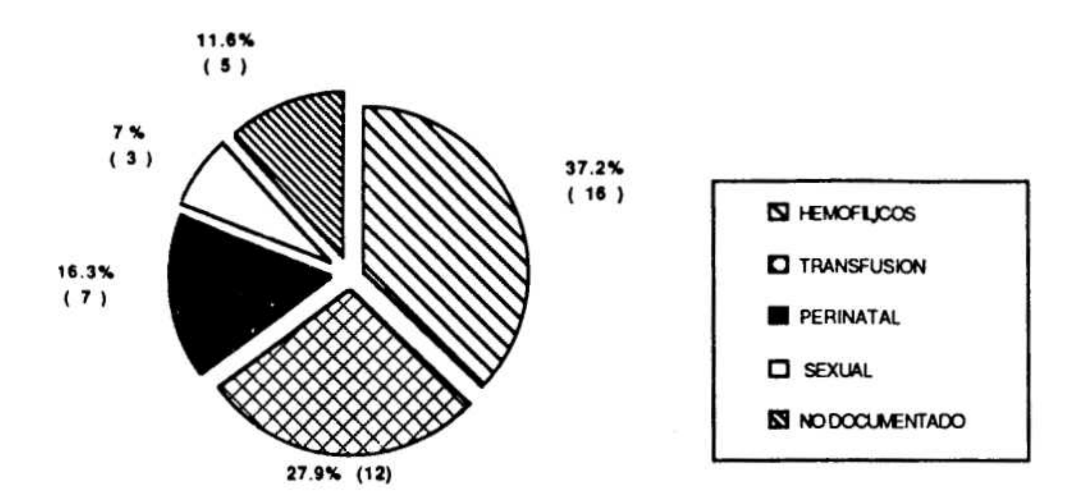


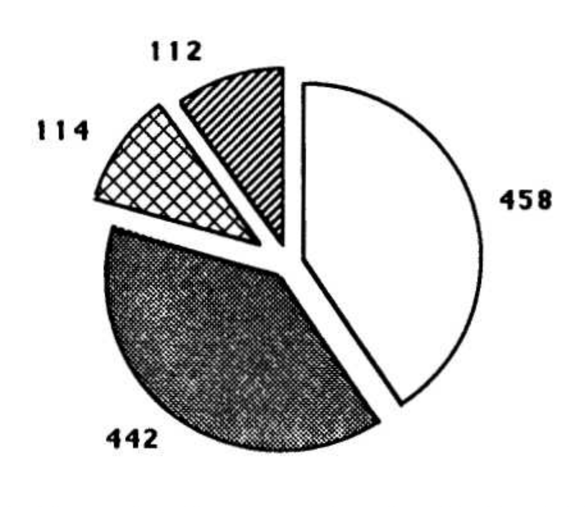




HOMOSEXUAL MASCULINO
BISEXUAL MASCULINO
HETEROSEXUAL
TRANSFUSION
HEMOFILICOS
DROGADICTO I.V.
HOMOSEXUAL/DROG. I.V.

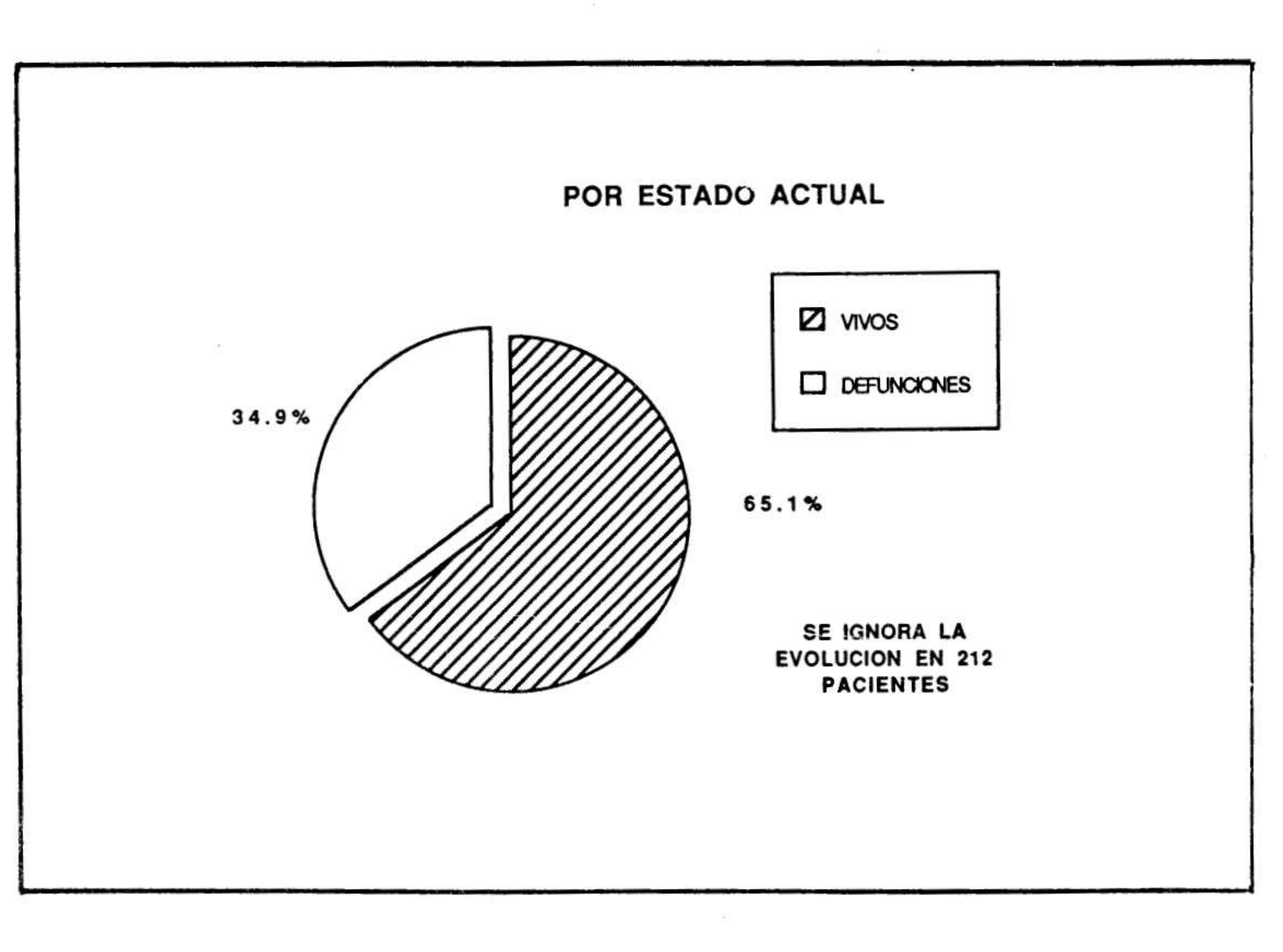
CASOS DE SIDA EN MEXICO HASTA EL 1º DE FEBRERO DE 1988





TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS 1126

CASOS DE SIDA EN MEXICO HASTA EL 1º DE FEBRERO DE 1988



2. TRANSMISION SEXUAL DEL SIDA.

I. INTRODUCCION.

Hasta el momento se reconocen tres mecanismos de transmisión para el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH): 1) La sexual, tanto homosexual masculina como heterosexual, (tanto de hombre a mujer o de mujer a hombre); 2) A través de sangre y hemoderivados, siendo la transfusión sanguínea el mecanismo más frecuente dentro de este grupo; y 3) La perinatal, que puede ocurrir durante el embarazo a través de la placenta, durante el parto o en el post-parto inmediato a través de la leche materna.

En 1978 se observaron en Estados Unidos los primeros casos de sarcoma de Kaposi en hombres homosexuales jóvenes, por lo que al inicio de la epidemia se sospechó que el mecanismo de transmisión ocurría a través de las relaciones homosexuales, tanto que el padecimiento se denominó en un principio GRID (Gay Related Immunodeficiency Disease). Es decir, debía existir alguna característica particular en este tipo de relaciones que explicara que solamente los varones con este tipo de prácticas enfermasen. Esto condujo a un relativo retraso en la definición de las poblaciones en riesgo y a no formular recomendaciones para evitar el contagio entre la población heterosexual. De hecho, al principio de la epidemia se difundió la idea de que solamente los homosexuales estaban expuestos a adquirir la enfermedad . La notificación de los primeros casos a los CDC de un padecimiento similar en homosexuales ocurrió en 1981 (1), y a principios de 1982 en drogadictos intravenosos (2), lo que hacía evidente que ambos grupos padecían la misma enfermedad. Simultáneamente empezaron a aparecer otros grupos afectados: hombres bisexuales, receptores de transfusiones sanguíneas, hemofílicos, parejas sexuales de pacientes con SIDA y algunos de sus hijos (transmisión perinatal), por lo que se sospechó que existían otros grupos susceptibles así como otros mecanismos de transmisión y se acuñó el nombre de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

II. MECANISMOS DE TRANSMISION SEXUAL.

Durante el contacto sexual puede ocurrir transferencia de fluidos corporales e intercambio de microorganismos. Dependiendo del tipo de contacto de que se trate, los fluidos transferidos pueden ser: vaginales, saliva, orina, semen, moco rectal, heces fecales o sangre. El VIH ha sido aislado de estos fluidos. Sin

embargo, solamente la sangre y el semen han sido particularmente implicados en la transmisión. Adicionalmente las secreciones vaginales también parecen jugar un papel en la transmisión sexual, aunque no ha sido documentado de manera contundente (3).

El hecho de aislar al VIH de un fluido corporal no significa necesariamente que éste sea importante en la transmisión. El papel de la saliva en la transmisión de este virus no ha quedado descartado.

III. FACTORES DETERMINANTES EN LA TRANSMISION DE UN AGENTE INFECCIOSO:

A. FUENTE DE INFECCION
B. VIA DE SALIDA
C. VIABILIDAD DEL AGENTE
D. VIA DE ENTRADA
E. TAMAÑO DEL INOCULO
F. SUSCEPTIBILIDAD DEL HUESPED
G. EXPOSICION AL RIESGO

A. FUENTE DE INFECCION: La fuente de infección la constituyen los individuos infectados. Aunque se han aislado virus similares (STLV-III AgM y STLV-III MAC) a partir de simios (4), la evidencia disponible indica que el reservorio para VIH-1 y VIH-2 lo constituyen los seres humanos infectados.

B. VIA DE SALIDA: La vía de salida del VIH en la transmisión sexual son las diferentes secreciones de donde ha sido aislado, es decir sangre, semen, secreciones vaginales, saliva, lágrimas y orina. La concentración del VIH en cada uno de estos fluidos es diferente, es mayor en sangre, semen y secreciones vaginales, coincidiendo con la evidencia disponible sobre los fluidos implicados en la transmisión sexual.

C. VIABILIDAD DEL AGENTE: El VIH es un retrovirus sumamente lábil a las condiciones del medio ambiente, lo que explica que solamente por transmisión directa, bien sea a través de la sangre, por contacto sexual o por vía perinatal logre transmitirse. Se ha comprobado que sustancias contenidas en los espermaticidas,como el nonoxynol-9, son capaces de inactivar al VIH, por lo que se recomienda para disminuir el riesgo de transmisión en algunas prácticas sexuales (5).

D. VIA DE ENTRADA: A la fecha existen múltiples estudios acerca de la eficacia de transmisión según el tipo de prácticas sexuales utilizadas y la vía de entrada del virus. Existen casos documentados de transmisión sexual hombre a hombre, hombre a mujer y mujer a hombre, pero se ha demostrado que la eficiencia de

transmisión no es igual en todos los casos.

1) Coito anal. Las relaciones sexuales en las que existe penetración peneana por el recto son las que implican mayor riesgo de transmisión (6). La explicación más aceptada se basa en la naturaleza del epitelio rectal que es de tipo cilíndrico de una sola capa, ricamente vascularizado y con abundante tejido linfoide no encapsulado, que con frecuencia sufre laceraciones durante el coito rectal, permitiendo el contacto del VIH con las células portadoras de receptor específico de membrana (CD-4). Por otro lado, el penetrador, puede también tener laceraciones en el pene, que al ponerse en contacto con la sangre proveniente de las lesiones rectales de su compañero (a), permitan la entrada del virus a la circulación. Otro tipo de prácticas que producen laceraciones en la mucosa rectal, como la aplicación de enemas rectales pre y post-coito, se asocian también a un riesgo importante de transmisión (6).

2. Coito vaginal. En esta práctica la transmisión del VIH parece ser menos efectiva que en el coito anal. Esto se debe a las características anatomo-fisiológicas de la mucosa vaginal, que consiste en un epitelio plano estratificado no queratinizado que la hacen más resistente a las soluciones de continuidad. Es muy probable que el riesgo de infección aumente durante el período menstrual, tanto por los cambios hormonales a los que está expuesta la mucosa vaginal y la mayor accesibilidad al torrente sanguíneo para la mujer, como por la presencia de sangre para el hombre; si bién la liberación de VIH al tracto genital femenino puede ocurrir a lo largo de todo el período menstrual (7). Al parecer existe mayor riesgo de transmisión por coito vaginal de hombre infectado a mujer expuesta al riesgo que viceversa (3), debido ésto, al parecer, a que el semen posee una concentración de partículas virales mayor a la de las secreciones vaginales.

Es posible que las relaciones sexuales con participación de la mucosa oral (oral-peneana, oral-vaginal y oral-anal) favorezcan la transmisión del VIH, aunque no se ha documentado su papel en forma exclusiva.

E. TAMAÑO DEL INOCULO: La concentración del virus en los distintos fluidos corporales y el volumen que se intercambie, influyen en la eficacia de la transmisión. El semen y la sangre son los dos productos corporales con mayor número de partículas virales por su alto contenido en linfocitos, y por

ello los más efectivos en la transmisión (8,9). Se ha podido comprobar transmisión desde volúmenes tan reducidos como 1.4 μl en casos de punción ocupacional (10), hasta 400 ml en la transfusión de un paquete completo (8). La eficiencia de la transmisión en ambas situaciones es diferente, en el caso de transfusión es de aproximadamente el 70%, y en el caso de punción ocupacional de hasta de un 0.7%. Esta diferencia está relacionada probablemente al tamaño del inóculo. Para el caso de la transmisión sexual no está documentado el tamaño del inóculo mínimo necesario para que ocurra la infección.

F. SUSCEPTIBILIDAD DEL HUESPED. FACTORES GENETICOS. Es posible que existan factores genéticos que influyan en la susceptibilidad del huésped a la infección por el VIH. En un estudio reciente en Inglaterra se encontró que varias formas alélicas del componente grupo-específico, se asocian tanto con infección por VIH como con la evolución a la enfermedad (11). Es probable que diferentes epítopes de la molécula CD-4 estén implicados en la susceptibilidad a la infección por VIH, aunque los resultados disponibles hasta el momento requieren confirmarse (12). Los estudios sobre el papel de los factores genéticos en las enfermedades infecciosas son extremadamente complejos. Cualquier observación o asociación entre un marcador genético y la susceptibilidad a la infección por VIH requiere ser confirmada en un gran número de individuos de diverso orígen étnico y de diferente grupo de riesgo (13).

COFACTORES. Existe otro tipo de factores que favorecen la transmisión del VIH y la evolución clínica de la infección por este virus, los cuales se han denominado Cofactores. Los primeros se asocian a la transmisión y los segundos al desarrollo de la enfermedad. A continuación sólo nos referiremos a los primeros, aunque algunos participan en ambos momentos:

COFACTORES-MICROORGANISMOS. Se ha observado asociación entre algunos microorganismos y la transmisión por el VIH. Entre ellos los más frecuentes son: Citomegalovirus, Herpesvirus, Virus de Epstein-Barr, Virus de la Hepatitis tipo B y algunos otros agentes productores de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como gonorrea, sífilis y linfogranuloma venéreo. Al parecer, esto se debe, por un lado a que cuando el sistema inmunológico se encuentra sobreestimulado, como ocurre cuando

existen infecciones múltiples, el virus se replica más activamente, y por otro a que estas infecciones ocasionan lesiones genitales que facilitan la entrada del VIH. Por otra parte, se ha postulado que el antecedente de infección por estos microorganismos, permite suponer que estos sujetos han estado más expuestos a adquirir infecciones transmitidas sexualmente, incluyendo al VIH, es decir, que son marcadores de prácticas de riesgo. En un estudio realizado por Handsfield y cols. (14) la asociación entre anticuerpos anti-VIH y úlceras genitales persistió aún después de controlar por el número de parejas sexuales, sugiriendo que algunas ETS son factores de riesgo independientes para adquirir la infección por el VIH.

COFACTORES-SUSTANCIAS QUIMICAS. Algunas sustancias químicas como los nitritos "poppers" y las drogas intravenosas, parecen facilitar la infección por el VIH, aunque en general, quienes las consumen presentan patrones conductuales que conllevan una mayor exposición al riesgo de infección, por lo que es difícil estudiarlas como factores de riesgo independientes. Otro cofactor que parece ser de importancia dentro de este grupo es el uso de anticonceptivos orales. En un estudio realizado en Nairobi, Kenya (15) la incidencia de infección por VIH resultó significativamente mayor en mujeres que los usaban (80% de 35 contra 57% de 81). La asociación persistió aun después de controlar por número de parejas sexuales, ETS y uso de condón.

G. EXPOSICION AL RIESGO: Se desconoce el número exacto de exposiciones necesarias para una transmisión por vía sexual efectiva por VIH, pero se han documentado casos atribuibles a un solo contacto, y se sabe que el riesgo aumenta de manera directamente proporcional al número de relaciones sexuales con una o varias personas infectadas (6).

El problema es complejo debido a las múltiples variables por las que hay que controlar los estudios (tipo de prácticas sexuales, número de contactos, fase de la infección, otros factores de riesgo, etc.). En un estudio de transmisión heterosexual de hombre a mujer basado en la duración y frecuencia de la exposición sexual, se estimó que el riesgo de transmisión es de 1 en 1000 contactos (17). Ha sido más difícil obtener estimaciones del riesgo en la transmisión de mujer a hombre, aunque en un estudio prospectivo de cónyuges de pacientes con SIDA, la seroconversión ocurrió en 42% de los hombres y en 38% de

las mujeres en un período de 1-3 años, sugiriendo que la eficacia de la transmisión es similar en ambos sentidos (18).

IV. PATRONES EPIDEMIOLOGICOS.

Los datos epidemiológicos recabados durante el transcurso de la epidemia, han permitido suponer el origen infeccioso y muy posiblemente viral del padecimiento antes de que el VIH pudiera aislarse, así como describir los patrones de transmisión predominantes en las diferentes regiones. Tanto en Estados Unidos como en nuestro país la mayoría de los casos corresponden a hombres homosexuales o bisexuales. En ambas regiones en el transcurso de la epidemia, se ha presentado un incremento en la transmisión heterosexual (19). Africa y algunos países del Caribe muestran un patrón epidemiológico distinto, en donde la relación hombre:mujer es casi 1:1, lo que sugiere que la transmisión heterosexual es más frecuente. Existen diversas hipótesis para explicar estas diferencias en los patrones epidemiológicos de los distintos lugares del mundo (20).

Hipótesis sobre los diferentes patrones epidemiológicos en Africa y los paises Occidentales:

1. Introducción anterior del VIH en la comunidad heterosexual de Africa.

2. Mayor número de infecciones concomitantes en los heterosexuales africanos que los hacen mas susceptibles.

3. Mayor número de parejas heterosexuales en Africa

4. Diferencias en el tipo de prácticas sexuales.

5. Mayor frecuencia de transmisión parenteral en Africa a través de agujas contaminadas, transfusiones sanguíneas y escarificación.

6. Diferencias en la virulencia de las cepas.

Entre estas hipótesis destacan las que relacionan los hábitos y costumbres sexuales en estos lugares (21). En Africa por ejemplo, la homosexualidad se notifica como muy poco frecuente, mientras que la prostitución en algunas áreas está ampliamente extendida (22). En Estados Unidos, donde la transmisión heterosexual ha ido aumentando progresivamente, los hombres enfermos de SIDA, cuyo único factor de riesgo es haber tenido contacto sexual con prostitutas, se han considerado dentro de la categoría "sin riesgo identificable", y existe en la actualidad un gran interés por determinar el papel de la prostitución en la epidemia. Las

tasas de seroprevalencia en prostitutas varía enormemente en los distintos lugares del mundo: desde nula en algunas encuestas en Londres y París, hasta 88% en Ruanda (20).

En México los estudios realizados a la fecha no han documentado infección por VIH en prostitutas. Es importante llevar a cabo estos estudios en forma periódica, así como conocer la frecuencia con que se recurre a estos trabajadores del sexo, a fin de poder conocer el impacto que tienen y tendrán sobre el curso de la epidemia.

V. MEDIDAS PREVENTIVAS

De los tres mecanismos de transmisión del SIDA, el sexual es sin duda el que mayores problemas preventivos plantea, por involucrar uno de los aspectos más íntimos y delicados de la conducta humana: la vida sexual. Es, por otro lado, el que se asocia a un mayor número de casos y al que, por lo tanto, mayor atención debe prestarse. En tanto no se cuente con una vacuna o tratamiento efectivos, la educación y la modificación de prácticas que conlleven riesgo constituyen los únicos medios a través de los cuales se puede incidir en el problema. Es por ello que las campañas de difusión y prevención y los programas educativos deben dar a conocer las formas más efectivas de ejercer la sexualidad en forma plena pero segura, orientando a los individuos con conductas de alto riesgo o con riesgo potencial para que modifiquen sus hábitos sexuales sustituyéndolos por otros que han sido denominados "sexo seguro". El uso del preservativo o condón, ha sido ampliamente difundido en las campañas educativas a nivel mundial, como una medida efectiva para reducir el riesgo en la transmisión sexual del VIH. Existen diversos trabajos que han documentado, por un lado, que el VIH no atraviesa una barrera de látex o una membrana natural de las utilizadas en la fabricación de algunos preservativos (23, 24), y por otro lado, que tienen un efecto protector cuando se comparan grupos de usuarios contra grupos que no los usan (18, 25, 26, 27, 28). El uso de algunas sustancias espermaticidas, como el nonoxynol-9 también se ha recomendado como medida preventiva. Esta recomendación se basa en algunos estudios de laboratorio en los que se ha podido inactivar con esta substancia al VIH, e incluso a los linfocitos que lo contienen (29, 30). Sin embargo, los estudios señalados aquí son escasos y no todos contemplan algunas variables importantes como el uso rutinario de los condones (es decir, en todos y cada uno de los contactos sexuales), el tipo de práctica sexual,

otros factores de riesgo concomitantes o el uso correcto de los condones y/o espermaticidas(31) Por - ello, mientras no existan medidas preventivas más eficaces, su uso seguirá siendo una recomendación constante en las campañas educativas y preventivas. Como fue señalado anteriormente las ETS facilitan la transmisión de VIH, por lo que una medida preventiva más, lo constituye la adición de programas de diagnóstico y tratamiento de este tipo de infecciones en los programas de prevención para el SIDA.

Entre las recomendaciones generales de tipo médico-sanitario cuya práctica disminuye indudablemente el riesgo de contraer la infección se encuentran las siguientes:

1). Tener una sola pareja sexual.
2). Evitar relaciones sexuales ocasionales.
3.) Reducir el número de parejas sexuales.

Para aquellas situaciones en que los hábitos sexuales son diferentes, se han elaborado otra serie de recomendaciones para disminuir el riesgo de adquirir la infección. La decisión sobre el tipo de relaciones sexuales que cada individuo practique solamente podrá tomarla el propio individuo y su pareja, para lo cual necesitará un conocimiento amplio de las opciones que existen y el riesgo que cada una implica. La descripción del riesgo asociado a los diferentes tipos de prácticas sexuales se describen en el folleto "Información sobre SIDA" portada en color rojo, editado por la Dirección General de Epidemiología:

1º Prácticas sin riesgo de infección para VIH. Estas incluyen únicamente aquellas relaciones donde sólo existe contacto de piel con piel sana, sin intercambio de líquidos corporales (p. ej. abrazos, besos secos).

2º Prácticas de mediano riesgo. Son aquellas donde existe intercambio de líquidos corporales como el semen y la sangre (p. ej. coito con utilización de condón, besos húmedos).

3º Prácticas de alto riesgo. En estas se produce daño a la piel y mucosas, permitiendo el intercambio de líquidos corporales como sangre y semen (p. ej. coito anal y vaginal sin utilizar condón).

La principal causa de falla de los condones es su uso incorrecto y su consecuente ruptura, por lo que se debe brindar mayor informacción al respecto.

BIBLIOGRAFIA

1. MMWR 30:250-252, 1981.

2. Update on Kaposi's sarcoma and opportunistic infections in previously healthy persons. United States. MMWR 31:294-301, 1982.

3. Friedland GH, and Klein RS. Transmission of the Human Immunodeficiency Virus. N.Eng.J.Med. 317:1125-1135, 1987.

4. SIDA. Boletín Mensual. Dirección General de Epidemiología. Retrovirus Humanos. 1(9),1987: 177-183.

5. Martin LS, Mc Dongal JS, and Loskoski SL. Desinfection and inactivation of human T lymphotropic virus type III/lymphadenopathy-associated virus. J.Infect. Dis. 152:400-403, 1985

6. Winkelstein W, Lyman D.M., Padion N. et. al. Sexual practices and risk of infection by the human inmunodeficiency virus: the San Francisco Men's Health Study. JAMA, 1987; 257: 321-5.

7. Vogt MW, Witt DJ, Craven DE, et al. Isolation patterns of the human immunodeficiency virus from cervical secretions during the menstrual cycle of women at risk for the Acquired Immunodeficiency Syndrome. Ann Intern Med. 106:380-382,1987.

8. Curran J.W., Lawrence D.N., Jaffe H., et. al. Adquired Inmunodeficiency Syndrome (AIDS) associated with transfusions. N. Eng. J. Med. 1984; 310:69-75.

9. Stewart GJ, Tyler JP, Cunningham AL, et al. Transmission of human T-cell lymphotropic virus type III (HTLV-III) by artificial insemination by donor. Lancet 2:581-584, 1985.

10. Napoli VM, Mc Gowan JE. How much blood is in a needlestick? J.Infect. Dis. 155:828, 1987.

11. Eales LJ, Nye KE, Parkin JM, et al. Association of different allelic forms of group specific component with susceptibility to and clinical manifestation of human immunodeficiency virus infection. Lancet 1:999-1002, 1987.

12. Sattentau QK, Dalgleish AG, Weiss RA, et al. Epitopes of the CD4 antigen and HIV infection. Science 234: 1120-1123, 1987.

13. Piot P, Kreiss JK, Ndinya-Achola JO, et al. Heterosexual transmission of HIV. AIDS 1: 199-206, 1987.

14. Handsfield HH, Ashley RL, Rompalo AM, et al. Association of anogenital ulcer disease with human immunodeficiency virus infection in homosexual men. Resumen F.1.6., Tercera Conferencia Internacional de SIDA. Washington DC. Junio 1-5, 1987.

15. Plummer FA, Simonsen JN, Ngugi En, et al. Incidence of human immunodeficiency virus (HIV) infection and related disease in a cohort of Nairobi prostitutes. Resumen M.8.4., Tercera Conferencia Internacional sobre SIDA. Washington DC. Junio 1-5, 1987.

16. SIDA. Boletín Mensual. Dirección General de Epidemiología. Transmisión Perinatal. 1, (8), 1987:151-160.

17. Padian N, Wiley J, and Winkelstein W. Male-to-female transmission of human immunodeficiency virus (HIV): current results, infectivity rates, and San Francisco population seroprevalence estimates. Resumen THP.48. Tercera Conferencia Internacional sobre SIDA. Washington DC, Junio 1-5, 1987.

18. Fischl MA, Dickinson GM, Scott GB, et al. Evaluation of heterosexual partners, children, and household contacts of adults with AIDS. JAMA 257:640-644, 1987.

19. SIDA. Boletín Mensual. Dirección General de Epidemiología. Consideraciones sobre las tendencias del SIDA en México. 1 (8),1987:160-165.

20. Padian NS. Heterosexual transmission of acquired immunodeficiency syndrome: International perspectives and national projections. Rev. Infect. Dis. 9: 947-960, 1987.

21. Hardy DB. Cultural practices contributing to the transmission of Human Immunodeficiency Virus in Africa. Rev.Infect. Dis. 9:1109-1119, 1987.

22. Quinn TC, Mann JM, Curran JW, and Piot P. AIDS in Africa: an epidemiologic paradigm. Science. 234: 955-963, 1986.

23. Conant M, Hardy D, Sernatinger J, et al. Condoms prevent transmission of AIDS-associated virus (letter). JAMA 255:1706, 1986.

24. Judson FN, Ehret JM, Bodin GM, et al. In vitro evaluations of condoms with and without nonoxynol-9 as physical and chemical barriers against Chlamydia trachomatis, Herpes simplex virus type 2, and human immunodeficiency virus. Sex Transm Dis (Suppl). (in press).

25. Krogsgaard K, Gluud C, Pedersen C, et al. Widespread use of condoms and low prevalence of sexually transmitted diseases in Danish non-drug addict prostitutes. Br. Med. J. 293:1473-1474, 1986.

26. Smith GL, and Smith KF. Lack of HIV infection and condom use in licensed prostitutes (letter). Lancet 2;1392, 1986.

27. Mann J, Quinn TC, and Piot P. Condom use and HIV infection among prostitutes in Zaire (letter). N Engl J Med 316:345, 1987.

28. Centers for Disease Control: Antibody to human immunodeficiency virus in female prostitutes. MMWR 36:157-161, 1987.

29. Feldblum PJ, and Rosenberg MJ. Spermicides and sexually transmitted diseases: new perspectives. NC Med J 47:569-572, 1986.

30. Hicks DR, Martin LS, Getchell JP, et al. Inactivation of HTLV-III/LAV-infected cultures of normal human lymphocytes by nonoxynol-9 in vitro (letter). Lancet 2:1422-1423, 1985.

31. Feldblum PJ, and Fortney JA. Condoms, spermicides, and the transmission of human immunodeficiency virus: a review of the literature. AJPH 78:52-53, 1988.

3. INFECCION POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN LOS ESTADOS UNIDOS*

El siguiente reporte resume los conocimientos disponibles en la actualidad sobre la infección por VIH en los Estados Unidos. Fue llevada a cabo por los Centros de Control de Enfermedades (CDC) y otras Instituciones Nacionales de Salud durante el período de septiembre a noviembre de 1987. Si bien los diversos estudios revisados difieren en cuanto a su diseño y no son estrictamente comparables, esta revisión aportó una descripción de las tendencias y patrones de la infección por VIH en aquel país.

Antecedentes. Se han notificado alrededor de 46,000 casos de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), a los CDC desde 1981. El intervalo entre la infección y la aparición de los síntomas del SIDA puede ser mayor de 7 años. El largo tiempo de incubación ocasiona que la información basada exclusivamente en los datos sobre los casos sea insuficiente para conocer el comportamiento actual de la epidemia. Por esta razón, la información sobre las tasas de prevalencia e incidencia son indispensables para conocer la progresión de la epidemia del VIH. La transmisión de VIH puede disminuirse modificando las prácticas que ponen en riesgo a los individuos de adquirir la infección. El obtener información más extensa y detallada, desde el punto de vista de salud pública tiene los siguientes objetivos:

a. Enfocar y evaluar las medidas de prevención y control a los niveles locales y estales.

b. Predocir las necesidades futuras de atención médica.

c. Comprender los patrones y tendencias que va tomando la epidemia.

Se proponen varias actividades que deberán llevarse a cabo para controlar este importante problema:
a.Vigilancia de la prevalencia e incidencia de la infección por VIH a través de la supervisión continua de poblaciones centinelas.

b. Aumento en la cobertura de estudios de prevalencia hacia grupos seleccionados.

c. Desarrollo de modelos que contribuyan a interpretar los datos.

Infección en Grupos de Riesgo Conocido. Las prevalencias más altas se han observado en los grupos que han contribuido a la mayor proporción de casos. En 50 estudios en que se ha investigado la seroprevalencia en hombres homosexuales y bisexuales se han encontrado frecuencias entre 10% a 70%; sin embargo, la mayoría de los resultados han arrojado cifras entre el 20% y el 50%. En 88 estudios en usuarios de drogas por vía intravenosa, la prevalencia de anticuerpos anti-VIH ha variado entre 50% y 65% en la ciudad de Nueva York y en Puerto Rico. En otras regiones de los EUA, la mayoría de las tasas están por debajo del 5%.

La prevalencia de anticuerpos anti-VIH entre hemofílicos ha variado de acuerdo a la gravedad de su padecimiento. La prevalencia global entre pacientes que sufren de hemofilia tipo "A", ha sido de aproximadamente 70%; en el caso de los pacientes que padecen hemofilia tipo "B" se ha encontrado de 35%. Estas tasas parecen ser uniformes para todo el país y reflejan la distribución nacional de los concentrados de factor de coagulación.

La prevalencia de infección por VIH entre las parejas heterosexuales de personas infectadas se ha encontrado en el rango del 10% a 60%. Entre las parejas de sujetos pertenecientes a grupos en riesgo pero en los que se desconoce si están o no infectados la prevalencia ha sido generalmente menor del 10%.

Estudios en Población General. En algunos grupos seleccionados entre la población general, donadores de sangre, civiles que ingresan al servicio militar, solicitantes de empleo por medio de agencias, pacientes de hospitales "centinela", y mujeres que acuden a clínicas de planificación familiar y de otro tipo, la prevalencia de la infección por VIH ha sido menor del 1%. No obstante, las tasas de seroprevalencia han variado de manera considerable y se han detectado tasas mayores en grupos urbanos seleccionados.

Dado que se solicita la autoexclusión para la donación en caso de pertenecer a grupos de alto riesgo, las tasas de prevalencia e incidencia en donadores no es representativa de los niveles reales en población general. La prevalencia global de anticuerpos anti-VIH entre donadores de sangre de la Cruz Roja, a quienes se les practicó el examen por primera vez, ha sido, en promedio, de 0.04%. Entre los civiles que solicitan ingreso al servicio militar, entre quienes no están representados los principales grupos de riesgo para infección VIH, se ha encontrado una prevalencia "cruda" del 0.15%, que al ajustarse por edad, sexo y raza de la población de Estados Unidos entre 17 y 59 años, correspondió a 0.14%. Entre los individuos que ingresan a las agencias de empleo (jóvenes marginados entre los 16 y 21 años de edad) se ha encontrado una prevalencia del 0.33%. Los estudios practicados en pacientes hospitalizados que no presentan sintomatología sugestiva de SIDA, examinados en forma anónima en cuatro hospitales "centinela" han mostrado una prevalencia del 0.32%; la prevalencia ajustada por edad y sexo en los solicitantes a ingreso para el servicio militar en las mismas ciudades ha sido del 0.11%.

En una encuesta serológica realizada en el estado de Massachusetts en mujeres parturientas examinadas en forma anónima a través de especímenes en papel filtro tomados de los recién nacidos, se encontró una prevalencia de anticuerpos anti-VIH de 0.21%. Entre las solicitantes a ingresar al servicio militar en el mismo estado, se encontró una tasa de prevalencia del 0.13%. Los resultados de estudios en clínicas que brindan atención a mujeres han variado entre 0% y 2.6% (se han excluido de estos estudios a las mujeres usuarias de drogas intravenosas, en quienes la prevalencia ha sido alrededor del 30%). Los mayores niveles de seroprevalencia han ocurrido en áreas en donde la incidencia del SIDA es elevada entre la población femenina.

Prevalencia de Anticuerpos contra-VIH de acuerdo con Localización Geográfica, Edad, Sexo, Raza y Grupo Etnico. Los estudios de prevalencia practicados en donadores de sangre, solicitantes a ingreso al servicio militar y en menor grado en grupos de hombres homo o bisexuales y usuarios de drogas intravenosas han mostrado una distribución geográfica similar a la que han presentado los casos de SIDA (es decir, las tasas mayores han correspondido a ambas

costas y las más bajas a los estados de las Montañas Rocallosas y a la parte norte del Centroeste). Asimismo, la prevalencia de infección, al igual que la incidencia de casos, ha sido mayor en las áreas urbanas que en las rurales. Al igual que los casos, la infección por VIH en población general y en grupos de alto riesgo se ha concentrado entre adultos jóvenes y consistentemente ha sido más común en hombres y en raza negra e hispánica.

Heterosexuales. La información sobre la extensión de la infección por VIH entre individuos exclusivamante heterosexuales, no usuarios de drogas intravenosas y que no han tenido contacto con personas identificadas como de alto riesgo provienen de dos fuentes:

1) Evaluación de los factores de riesgo en donadores y solicitantes a ingreso al servicio militar 2) Encuestas de prevalencia de infección por VIH en heterosexuales que acuden a clínicas de enfermedades de transmisión sexual.

Los estudios restringidos realizados investigando factores de riesgo en donadores y solicitantes al servicio militar, así como militares en activo, han sugerido que aproximadamente el 85% de los individuos tienen factores de riesgo identificables para infección por VIH. Si estos datos prueban ser consistentes en estudios nacionales, entonces la prevalencia de anticuerpos en personas sin riesgo conocido estaría por debajo del 0.02% para solicitantes al servicio militar y por debajo del 0.01% en donadores. Sin embargo se requiere urgentemente de estudios más extensos sobre factores de riesgo, principalmente en áreas urbanas seleccionadas en las que la vigilancia sobre los casos de SIDA ha sugerido que existe transmisión heterosexual.

En los estudios restringidos al subgrupo de heterosexuales que tienen mayor riesgo (aquellos que reciben tratamiento para enfermedades de transmisión sexual), la prevalencia de infección por VIH ha oscilado entre 0% y 1.2% entre los sujetos que no tienen factores de riesgo identificados. Por otro lado, la prevalencia de infección en hombres homosexuales en estas mismas clínicas ha demostrado estar entre 12% y 50%.

Tendencias de la Incidencia y Prevalencia de la infección por VIH. Existe mucha menor información sobre las tendencias y la incidencia de la infección por VIH que sobre su prevalencia y es mucho más compleja la obtención de estos

datos. En dos estudios realizados en población general a lo largo del tiempo (solicitantes a ingreso al servicio militar y donadores de primera vez), la prevalencia de seropositividad permaneció estable durante dos años , sin embargo se ha observado que la prevalencia entre donadores ha presentado fluctuaciones estacionales. Este patrón de prevalencia puede explicarse parcialmente porque exista un aumento en la autoexclusión de personas que se saben en riesgo o que ya se encuentran infectadas. La aparente estabilidad puede reflejar por un lado el efecto de autoexclusión de pesonas infectadas, y por otro el de una continua ocurrencia de nuevas infecciones.

Existen evidencias que indican que continúan presentándose nuevas infecciones en donadores, grupos militares y personas en riesgo. Sin embargo, en algunos de estos grupos la tasa de incidencia de la infección ha disminuido al compararla con aquélla que se presentó al inicio de la década de los 80s. Esta interpretación se basa en las siguientes observaciones:

1. Se ha observado disminución en la incidencia de infección en ocho estudios de cohorte en hombres homosexuales (actualmente el principal grupo en riesgo).

2. La seroprevalencia neta entre solicitantes al servicio militar y donadores aparentemente no ha aumentado.

3. Las pruebas de detección en los productos sanguíneos y el tratamiento por calor de los concentrados de factores de coagulación ha disminuido la transmisión por productos sanguíneos.

Sin embargo, los datos sobre tendencias e incidencia son insuficientes para evaluar los patrones actuales en usuarios de drogas intravenosas o en personas heterosexuales, o sobre la distribución geógráfica en ciertas zonas de metrópolis.

La epidemia de infección por VIH y SIDA es el resultado de pequeñas epidemias, que frecuentemente se sobreponen y que tienen su propia dinámica y evolución. La incidencia de infección en ciertos subgrupos aparentemente ha disminuido, sin embargo, en ausencia de información específica no puede asumirse que las tasas de incidencia hayan declinado en todos los subgrupos o en todas las áreas geográficas. Es importante que se analicen las tendencias en ciertos grupos que se encuentran en mayor

riesgo, haciendo énfasis en aquellos contextos en los que el patrón de transmisión puede estar cambiando (como usuarios de drogas intravenosas o sujetos heterosexualmente activos en ciertas área urbanas). Los datos son insuficientes para determinar en forma precisa la tendencia e incidencia conjunta de la infección por VIH.

En 1986, se llevó a cabo una estimación del número de estadounidenses infectados. Se calculó que el número de sujetos infectados estaba entre 1 y 1.5 millones. Esta conclusión se basó en cálculos sobre estimaciones del tamaño de las poblaciones en riesgo y seroprevalencias promedio para estas poblaciones. Desde entonces se han examinado estos cálculos basándose en los datos más recientes. Se han utilizado las cifras de los casos de SIDA y de la progresión de la enfermedad para la elaboración de modelos matemáticos. Los resultados han presentado variaciones amplias, pero son consistentes con los cálculos realizados en 1986. La estimación sobre el número de personas infectadas continúa siendo compleja e inexacta. Los datos obtenidos a través de estudios adecuados sobre incidencia y prevalencia son insustituibles. Se requiere de encuestas e investigaciones adicionales para determinar la extensión actual de la infección por VIH en la población.

* MMWR Vol. 36, No. 49, 801.

4. AUSENCIA DE TRANSMISION DE VIH A TRAVES DE INMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI-Rho(D).

La comunidad médica ha manifestado dudas sobe el papel de la administración de gamaglobulinas en la transmisión del VIH. Hasta el momento en la literatura internacional no se ha comprobado ningún caso de infección por este virus atribuible a la aplicación de este biológico. Se ha considerado importante presentar los datos del estudio epidemiológico de un presunto caso en los Estados Unidos (tomado del MMWR Vol. 36, No. 44, 728).

El 18 de septiembre de 1987, se suspendió temporalmente en los EUA la distribución y uso en los hospitales militares de un lote (RHG 636) de Inmunoglobulina Humana anti Rho(D), IgG anti D, fabricada por los laboratorios Ortho Diagnostic

Systems., Inc. Esta acción se tomó dado que en una mujer que había recibido este medicamento se documentó posteriormente presencia de anticuerpos antiVIH. La paciente había recibido previamente IgG anti-D de un lote diferente en mayo de 1985, antes del nacimiento de su primer hijo en julio de 1985, el cual resultó seronegativo al practicársele la prueba en enero de 1987. En septiembre de 1986 se le aplicó a la mujer IgG anti-D proveniente del lote ya mencionado. En noviembre del mismo año se le practicó a la paciente por primera vez búsqueda de anticuerpos antiVIH, resultando positiva la prueba. El niño, nacido en diciembre de 1986, resultó positivo en la primera determinación que se le practicó, y negativo a los 9 meses de edad, reflejando pérdida de los anticuerpos maternos y ausencia de infección. La mujer actualmente presenta inmunodeficiencia grave, aunque no ha desarrollado SIDA.

La investigación epidemiológica mostró que la paciente había tenido prácticas de alto riesgo para infección por VIH. Se realizó búsqueda de anticuerpos antiVIH en muestras de los dos lotes involucrados, resultando negativos ambos. En el lote 636 se investigó también la presencia de antígeno, que resultó negativa. La revisión de los registros del laboratorio confirmó que todos los plasmas usados en la producción del lote 636 habían resultado negativos para la presencia de anticuerpos anti-VIH y que la producción de la inmunoglobulina se había realizado dentro de los cánones establecidos.

La no transmisión de la infección por el VIH a través de inmunoglobulina humana está fundamentada en evidencias epidemiológicas y de laboratorio. En los Estados Unidos anualmente se calcula que se administran aproximadamente 500,000 dosis de IgG anti-D a un número estimado de 350,000 mujeres. No ha habido evidencias de que hubiera habido asociación entre la infección o el desarrollo de enfermedad con haber recibido el medicamento. En este mismo país la producción de IgG anti-D y de otras inmunoglobulinas humanas se realiza por varios laboratorios mediante el procedimiento de fraccionamiento modificado de Cohn-Oncley. Se ha demostrado que este método elimina al VIH mediante partición e inactivación. Desde abril de 1985 se ha realizado búsqueda de anticuerpos anti-VIH en todos los plasmas utilizados para la fabricación de IgG anti-D y se han desechado todas aquellas unidades que resultan repetidamente positivas. Varios estudios de laboratorio y epidemiológicos realizados en

personas que han recibido tanto inmunoglobulina específica contra el virus de la hepatitis B como otras inmunoglobulinas, incluyendo aquellas fabricadas antes de abril de 1985, han mostrado que estos sujetos no han desarrollado ni anticuerpos específicos ni enfemedad clínica relacionada con la presencia del VIH. Se han notificado sujetos en quienes se han encontrado niveles bajos de anticuerpos antiVIH adquiridos en forma pasiva a través de inmunoglobulina específica contra el virus de la hepatitis B con niveles altos de anticuerpos anti-VIH, estos anticuerpos adquiridos en forma pasiva han desaparecido en períodos menores a 6 meses.

En base en los antecedentes de seguridad de las inmunoglobulinas humanas, los datos que sugieren la posibilidad de que la paciente a que se hace referencia tuviera una fuente de infección diferente, y la ausencia de evidencia de infección asociada a la recepción de IgG anti-D en los miles de mujeres que lo reciben anualmente, no existen datos que responsabilicen a este producto como fuente de infección para VIH o que obliguen a cambiar las recomendaciones actuales para su uso y administración.

En México, a partir de las modificaciones legales que se llevaron a cabo para prevenir la transmisión de la infección por VIH mediante la transfusión de sangre y sus componentes (detección obligatoria de anticuerpos para VIH en donadores de sangre y la prohibición de la comercialización de la sangre) se ha asegurado que el plasma utilizado para la producción de inmunoglobulina humana sea negativo para anticuerpos anti-VIH. El Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea ha recomendado que se desechen los plasmas que resulten positivos a la detección de anticuerpos anti-VIH en alguna determinación. Asimismo, el método utilizado es el mismo al que se hace referencia previamente que asegura la inactivación del virus. Las inmunoglobulinas humanas producidas o distribuidas en nuestro país comprenden las específicas contra rabia, tétanos, anti RhoD y la total. Por lo que se ha mencionado anteriormente (metodología de producción y detección en donadores), son productos seguros y en los que no hay evidencia de transmisión del VIH a través de ellos.

Sin embargo, la descripción del presente caso es de interés por la metología seguida para investigar la posibilidad de que el biológico estuviera implicado en transmisión de infección por VIH. En el contexto

administración de componentes sanguíneos (gamaglobulina, factores de coagulación) se recomienda llevar a cabo las siguientes medidas:

1) Aviso a la Dirección General de Control de Insumos para la Salud. El personal de la misma considerará la conveniencia del resguardo precautorio del medicamento involucrado.

2) Investigación de evidencia de infección por VIH en el medicamento y sujeto (s) involucrados. Las muestras deberán enviarse al Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales. La investigación comprenderá:

a. Búsqueda de anticuerpos (pruebas de detección y confirmatorias).

b. Búsqueda de antígeno del VIH.

3) Aviso a la Dirección General de Epidemiología para:
a. Investigación epidemiológica del caso, sus posibles fuentes de infección y contactos.

b. Investigación epidemiológica de los donadores involucrados, sus posibles fuentes de infección y contactos.

*MMWR Vol 36, No. 44, 728.

NOTA EDITORIAL

La OPS/OMS difundió el 18 de febrero de 1988 la siguiente información relacionada con la transmisión de infección por VIH a través de aplicación de factor VIII. La preparación del medicamento había estado dentro de las normas establecidas hasta esa fecha. Dicha información ameritó modificaciones a las normas recomendadas para la preparación de factor VIII.

"Se convocó a una reunión en Atlanta, Georgia, en enero 11 de 1988 para discutir "Productos para el tratamiento de la hemofilia". La reunión fue presidida por el Dr. Bruce Evatt e incluyó representantes de la industria, grupos de tratamiento de hemofilia, el gobierno de los Estados Unidos (la administración de alimentos y medicamentos FDA y los centros para el control de enfermedades) y la oficina para Protección de la Salud del Canadá (Dres. R. Remis y M. V. O'Shaughnessy). La reunión se realizó en respuesta al hallazgo en 6 pacientes hemofílicos canadienses que habían recibido por mas de un año solamente factor VIII tratado por calor, y que mostraron evidencia clínica y de laboratorio de infección reciente con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). La compañía (Armour) que suministraba

el producto involucrado, calentaba el factor VIII por 30 horas a 60 grados centígrados en estado seco. Se pensaba que este procedimiento era efectivo para destruir al VIH, especialmente porque se requería que cada unidad individual utilizada en la poza (pool) de plasma fuera negativa para anticuerpos contra el VIH. En la investigación canadiense los lotes de factor VIII más probablemente implicados contenían plasma de dos individuos que subsecuentemente se tornaron positivos con anticuerpos contra VIH en una prueba de laboratorio ulterior.

Factores relevantes:

1. Todos los productos de factor VIII tratados en forma similar (60 grados centígrados por 30 horas) se retiraron del mercado canadiense.

2. Los fabricantes abandonaron el tratamiento por calor con 60 grados centígrados por 30 horas en favor de un proceso más riguroso.

3. Las seroconversiones al VIH se descubrieron en un estudio sistemático longitudinal y que aún continúa (financiado a nivel federal en el Canadá) sobre las posibles deficiencias del factor VIII calentado a 60 grados centígrados por 30 horas.

4. En general, de ahora en adelante el factor VIII será calentado, ya sea a 68 grados centígrados por 72 horas (en seco), en estado líquido o en flujo de vapor. Solamente un producto (monoclonate) se calentará a 60 grados centígrados por 30 horas. Aunque el fabricante indica que el proceso de purificación más este calentamiento, eliminarían toda posibilidad de transmisión del VIH, no existen datos substanciales para probar o descartar esta afirmación.

En el Canadá la oficina de Biológicos, ha recomendado que solamente el factor VIII pasteurizado tratado en un estado líquido sea utilizado en lugar del producto sujeto al proceso por calor seco"

A V I S O S

SIMPOSIO INTERNACIONAL DE COMUNICACION Y EDUCACION SOBRE SIDA IXTAPA, MEXICO 16-20 DE OCTUBRE DE 1988

El Primer Simposio Internacional de Comunicación y Educación sobre el SIDA, organizado por la Secretaría de Salud de México, tiene el propósito de analizar e intercambiar experiencias relacionadas con la prevención del SIDA. El Simposio reunirá a administradores y expertos en planeación de la salud, educadores, especialistas en comunicación educativa, epidemiólogos y personas interesadas en apoyar la investigación sobre el SIDA. Asimismo, asistirán representantes de las Agencias de Salud Nacionales, Internacionales y de Agrupaciones Privadas. Los temas versarán sobre investigación y Comunicación Educativa en Salud; Planeación Educativa, Diseño de Programas y Materiales Educativos, Investigación de Programas de Comunicación y Educación, así como Evaluación del Impacto de los Medios de Prevención contra el SIDA. El evento se realizará en Ixtapa, México, del 16 al 20 de octubre de 1988.

El Boletín Mensual sobre SIDA es la comunicación oficial de CONASIDA (Comité Nacional de Prevención sobre SIDA), está dirigido al personal médico y paramédico de las diferentes Instituciones con el propósito de informar sobre las características epidemiológicas del comportamiento de la infección por VIH en el país, proporcionar información actualizada sobre aspectos virales, clínico-terapéuticos y preventivos, así como informar sobre las normas, pautas y actividades que se adopten para el control de la epidemia.

Se aceptan contribuciones que traten aspectos epidemiológicos, virológicos, clínicoterapeúticos, educativos, sociales, jurídicos o éticos relacionados con la infección por VIH. Los artículos firmados son responsabilidad de los autores y no necesariamente reflejan la opinión de CONASIDA o de la Institución a que está (n) afiliado (s) el (los) autor (es).

El SIDA se ha adicionado a la lista de enfermedades sujetas a Vigilancia Epidemiológica y la notificación inmediata de los casos es obligatoria (artículos 134 y 136 de la Ley General de Salud). La notificación deberá hacerse utilizando los formatos elaborados exclusivamente para SIDA y enviarse a:

DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA
ANICETO ORTEGA 1321 5o. PISO, COL. DEL VALLE, DELEG. BENITO JUAREZ, 03100 MEXICO, D.F. TELEX 1764586 SSDFME TELEFONOS 5-34-78-91 5-24-87-23.

ANICETO ORTEGA 1321 COL. DEL VALLE C.P. 03
TEL: 5 24 87 23 5 34 78 91